***Family, Friend and Neighbor***

Solicitud para la respuesta rápida ante el COVID-19 en el sistema de Educación de la Niñez Temprana (*ECE*, por sus siglas en inglés)

*Nota: el texto en rojo le ofrece orientación al intermediario o indica temas de adaptación local.*

Puede que los cuidadores y proveedores de Familias, Amigos y Vecinos (*FFN, Family, Friend and Neighbor*) no se autodenominen como tal. Dependiendo de su cuidador / proveedor señalado, utilizar el lenguaje adecuado para hablarles directamente en esta solicitud.

***Cuidador***

1. Su nombre:
2. Dirección [Considerar con prudencia si le hace falta la dirección, ya que algunos segmentos de la población podrían sentirse inquietos con compartir este tipo de información, incluso aquellos que tienen inseguridad habitacional, o son inmigrantes indocumentados, víctimas de crimen, etcétera]
3. Dirección 2ª línea
4. Ciudad
5. Estado
6. Código postal
7. Dirección de e-mail:
8. Número de teléfono:
9. ¿Cuánto tiempo ha estado cuidando a niños? Considerar solo los niños que cuida por más de 10 horas por semana. Fecha de inicio:
10. ¿Cuántos niños cuida, cuántos años tienen y cuál es su relación con usted?

¿Cuántas horas de cuidado les prestó por semana? Por favor no divulgar los nombres de los niños.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Edad | Relación [lista desplegable: hijo/a propio/a, nieto/a, sobrino/a, vecino, otra] | Horas de cuidado por semana |
| Niño 1 |  |  |  |
| Niño 2 |  |  |  |
| Niño 3 |  |  |  |
| Niño 4  |  |  |  |

1. ¿Trabajan los padres de los niños que usted cuida en trabajos considerados esenciales durante la crisis de salud del COVID-19 (atención médica, servicio de alimentos, tienda de comestibles, gasolinera, correos y entregas, etcétera)? SÍ / NO. Díganos más sobre las necesidades de cuidado infantil de estos padres en estos momentos.
2. ¿Ha notado algún cambio en la necesidad de cuidado infantil durante la crisis? Marcar todas las opciones que correspondan:
	* Los padres necesitan más horas de cuidado infantil
	* Nuevos / otros padres necesitan que les cuide a los niños
	* Los padres necesitan menos cuidado infantil porque no están trabajando
	* No ha habido ningún cambio
3. ¿A usted le pagan por cuidar a los niños? SÍ / NO
4. ¿Su pago viene de los padres o del estado? ESTADO / PADRES / AMBOS
5. ¿Cuánto gana, más o menos, por semana?
6. ¿Cuida usted a algunos niños o familias con las siguientes necesidades?:

|  |  |
| --- | --- |
| **Segmentos de población especiales** | **№ de niños** |
| Condiciones de salud delicadas (p. ej. sonda nasogástrica) |  |
| Necesidades especiales o retraso en el desarrollo |  |
| Principiantes del inglés como segundo idioma |  |
| familias inmigrantes / nuevos ciudadanos |  |
| Discapacitados físicos |  |
| Necesidades conductuales / de salud mental  |  |
| Residencia en un hospicio o una vivienda transitoria o temporal |  |
| Otro (por favor describir) |  |

1. ¿Participa usted actualmente en el *Child and Adult Care Food Program* (*CACFP*, por sus siglas en inglés)? (sí / no)
2. ¿Tiene algunas personas que lo ayudan con el cuidado infantil (por favor incluir los asistentes y suplentes)?

***Necesidades / solicitudes de financiamiento***

1. ¿Cuáles son sus retos financieros? [Nota: presentar como un “marque todas las opciones que correspondan” o priorizar según la evaluación de necesidades continuas o para presentar un informe posterior al evento, etcétera.)
2. Asistencia de vivienda (alquiler / hipoteca)
* Servicios públicos
* Licencia por enfermedad pagada para usted o sus empleados
* Pagar por los suplentes
* Ingreso perdido (reemplazar copagos, pago privado u otra fuente de financiamiento)
* Costos adicionales por la limpieza y desinfección, o materiales de sanidad y seguridad
* Costo de alimentación aumentado
* Remuneración por riesgos aumentada
* Servicios profesionales – legales, de recursos humanos, etcetera
* Costos de reapertura
* Promoción / comunicación del estado abierto / cerrado
* Necesidad inmediata de desarrollo, entrenamiento o asesoría profesionales
* Otro [recuadro de texto]
1. ¿Cómo usará los fondos de emergenia?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Categoría de presupuesto** | **Marque las cosas que procurará con fondos de subvención** | **Descripción o cantidad estimada en dólares (opcional)** |
| Asistencia de vivienda (alquiler / hipoteca) |  |  |
| Servicios públicos |  |  |
| Licencia por enfermedad pagada para usted  |  |  |
| Pagar por los suplentes |  |  |
| Ingreso perdido (pagos de los padres o del estado) |  |  |
| Limpieza y desinfección |  |  |
| Alimentos |  |  |
| Servicios profesionales – legales, de recursos humanos, etcétera |  |  |
| Otra (por favor explique) |  |  |

Narración: ¿Qué más deberíamos saber de usted, las familias que atiende y la zona en donde vive? [250 palabras]

Atestación:

Por favor marcar cada casilla para indicar que, a partir de la fecha de esta solicitud, está de acuerdo con la declaración.

* Actualmente, o hasta el COVID-19, prestó 10 horas o más de cuidado infantil en su comunidad.
* Usted intenta mantener su programa en actividad en el futuro próximo y después de la conclusión del COVID-19.
* Usted está dispuesto a dejarnos saber cómo utilizó los fondos entregados a usted en esta subvención.

***Preguntas opcionales (exclusivamente para recolección de datos)***

* ¿Es usted una persona de color? (responder “sí” si es hispano/a o de una raza aparte de la blanca)
* ¿Es usted mujer?
* ¿Son sus ingresos familiares anuales gruesos $59,172 al año o menos?

[Nota: preguntas alternas acerca de la raza / del género]

Opcional. ¿Algunas de las siguientes corresponden a usted? Esto es exclusivamente para la recolección de datos.

* Afroamericano/a
* Hispano/a
* Asiático-americano/a
* LGBTQ
* Mujer
* Blanco/a
* Discapacitado/a
* Veterano/a
* Inmigrante
* Otro grupo minoritario

***Entrega de documentos***

* + 1. W-9
		2. Depósito directo o vía de pago preferida [El W-9 y la ACH no se requieren si ya está registrado como un comerciante]